Aus der Abteilung Allgemeine Psychiatrie mit Poliklinik
Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. H. Heimann
der Nervenklinik der Universität Tübingen

DEPRESSIVE ERKRANKUNGEN UND SOZIALE SCHICHT

Eine Studie anhand Krankengeschichten der
Universitäts-Nervenklinik Tübingen
aus den Jahren 1961 - 1968

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

der Medizinischen Fakultät
(Klinische Medizin)
der Eberhard-Karls-Universität
Tübingen

vorgelegt von
WOLFGANG BLANK
aus Nürtingen

1984

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547620_0056

Aus der Abteilung Allgemeine Psychiatrie mit Poliklinik
Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. H. Heimann
der Nervenklinik der Universität Tübingen

DEPRESSIVE ERKRANKUNGEN UND SOZIALE SCHICHT

Eine Studie anhand Krankengeschichten der
Universitäts-Nervenklinik Tübingen
aus den Jahren 1961 - 1968

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

der Medizinischen Fakultät
(Klinische Medizin)
der Eberhard-Karls-Universität
Tübingen

vorgelegt von
WOLFGANG BLANK
aus Nürtingen

1984

Dekan: Professor Dr. D. Plester
1. Berichterstatter: Professor Dr. H. Heimann
2. Berichterstatter: Professor Dr. E. M. Biniek

Meinen Eltern

INHALTSVERZEICHNIS

		Seite
1.	EINLEITUNG	1
2.	METHODIK	3
2.1.	Statistische Auswertung	5
3.	GLIEDERUNG	8
4.	UNTERSUCHUNGSERGEBNISSE	9
4.1.	Diagnosen	9
4.2.	Geschlecht	9
4.2.1.	Diagnosebezogene Geschlechtsverteilung	10
4.3.	Familienstand	11
4.4.	Konfessionszugehörigkeit	12
4.4.1.	Religionszugehörigkeit der Bevölkerung - Vergleich mit dem Krankengut -	12
4.5.	Gemeindegröße - Vergleich des Krankengutes mit der Bevölkerung	13
4.6.	Soziale Schichtzugehörigkeit	15
4.6.1.	Sozialer Auf- bzw. Abstieg	15
4.6.2.	Schichtenverteilung in Normalbevölkerung	15
4.6.3.	Schichtenverteilung in unserem Krankengut	16
4.6.3.1.	Vergleich der Schichtverteilung im Krankengut und in der Normalbevölkerung	16
4.6.3.1.1.	Gesamtkrankengut	16
4.6.4.	Sozialer Schichtaufbau bei den einzelnen Diagnosen	18
4.6.4.1.	Involutionsdepressionen	19
4.6.4.2.	Manien und zirkuläre Verlaufe	20
4.6.4.3.	Endogene monopolare Depressionen	21
4.6.4.4.	Schizo-affektive Psychosen	22
4.6.4.5.	Reaktiv/neurotische Depressionen	23

Seite

5.	DISKUSSION DER ERGEBNISSE UND LITERATURVERGLEICH	24
5.1.	Diagnosen - Unterteilung	24
5.2.	Geschlechtsunterschiede	26
5.3.	Familienstand	27
5.4.	Konfessionszugehörigkeit	29
5.5.	Größe der Gemeinde	29
5.6.	Soziale Schichtzugehörigkeit	31
5.6.1.	Sozialer Auf- bzw. Abstieg	31
5.6.2.	Schichtenverteilung	32
6.	ZUSAMMENFASSUNG	41
7.	LITERATURVERZEICHNIS	43
DANKSAGUNG		
LEBENSLAUF		

1. EINLEITUNG

Die Depression hat in den letzten Jahren wesentlich mehr Bedeutung für die Psychiatrie erlangt, da in der gesamten Welt eine Zunahme der depressiven Erkrankungen zu verzeichnen ist. Während es über den Zusammenhang zwischen sozialer Schicht und Schizophrenie eine Menge epidemiologischer Studien gibt, war dieses Thema im Hinblick auf depressive Erkrankungen bisher nur Gegenstand weniger Arbeiten.

Eine Reihe von Autoren nimmt an, endogene Depressionen seien in den höheren sozialen Schichten häufiger. Neuere epidemiologische Untersuchungen aus England konnten solche Beziehungen allerdings nicht feststellen. Die Schwierigkeiten, die sich auf diesem Forschungsgebiet auftun, sind ähnliche wie auf anderen Gebieten der Epidemiologie. Zum einen ist es bisher noch nicht gelungen, zu einheitlichen Schichtenmodellen vorzustoßen. Manche Modelle berücksichtigen die Herkunft der Familie, die Ausbildung, den Wohnbezirk und den Lebensstandard. Zum anderen wird auch der Vergleich der einzelnen Arbeiten durch das unterschiedliche Diagnosesystem erschwert, das den jeweiligen Studien zugrundegelegt wird. Weiter ergibt sich eine zusätzliche Schwierigkeit durch die Tatsache, daß es sich bei den Studien um unterschiedlichste epidemiologische Methoden handelt. Sie reichen von den einfachen Erfassungen von Hospitalisierungsdaten bis hin zu komplizierten Feldforschungen. Schließlich stammen die Vergleichsdaten der Normalbevölkerung, die in den einzelnen Studien benützt wurden, mangels genügend demographischer Daten nicht immer aus den entsprechenden geographischen Räumen.

In der vorliegenden Arbeit soll nun anhand von 1 206 Krankengeschichten endogen und reaktiv/neurotisch depressiver Patienten der Universitäts-Nervenklinik Tübingen aus den Jahren 1961 bis 1968 schwerpunktmäßig die Beziehung zwischen sozialer Schicht und depressiver Erkrankung nachgegangen

werden.
Weiter wird die Häufigkeit depressiver Erkrankungen abhängig von Geschlecht, Familienstand, Konfession und Größe der Herkunfts-Gemeinde untersucht.

2. METHODIK

Unser Material stammt aus 1 206 Krankengeschichten endogen und reaktiv/neurotisch depressiver Patienten der Universitäts-Nervenklinik Tübingen aus den Jahren 1961 bis 1968. Die Universitäts-Nervenklinik Tübingen stand von 1961 bis 1968 unter gleicher Direktion (Professor Schulte), so daß man eine einheitliche Diagnostik annehmen kann.

Wir beschränken uns bei unserer Erhebung auf Patienten, die in einem Umkreis von maximal 50 km von Tübingen wohnten, aus dem nach FINZEN (1974) etwa 80 % aller Patienten der Universitäts-Nervenklinik Tübingen kommen. 23 Landkreise einschließlich Tübingen lagen innerhalb dieses 50-km-Radius. Diese Beschränkung erschien uns sinnvoll, da ein Großteil der Patienten außerhalb dieser 23 Landkreise Privatpatienten waren und so die soziale Schichtung des Untersuchungskollektives beeinflußt hätten.
Die Vergleichsdaten wurden den Veröffentlichungen des Statistischen Landesamtes von Baden-Württemberg entnommen.

Zum Zeitpunkt der Abfassung der Krankengeschichten wurde der ICD-Diagnoseschlüssel noch nicht angewendet, dennoch entsprechen die damals verwandten Diagnosen dem IDC-Diagnoseschlüssel in seiner 8. Revision von 1965 weitgehend, so daß die nachträgliche Klassifikation keine Schwierigkeiten machte.

Wir erhoben folgende Diagnosen:

ICD	296.0	Involutionsdepressionen
	296.1	Manien
	296.2	endogene Depressionen - monopolare Verlaufsform
	296.3	endogene Depressionen - zirkuläre Verlaufsform

ICD 296.3 schizo-affektive Mischpsychosen
300.4 reaktiv/neurotische Depressionen

Der 1977 revidierte ICD-Schlüssel (9. Revision) führt die Involutionsdepression (ICD 8: 296.0) nicht mehr getrennt auf. Sie werden zusammen mit den seitherigen monopolaren endogenen Depressionen (ICD 8: 296.2) aufgeführt, allerdings unter dem neuen Code 296.1. Die Manien (ICD 8: 296.1) erscheinen jetzt unter dem Code 296.0.

Die soziale Schichtung wurde anhand des Modells von KLEINING und MOORE (1968) vorgenommen, wobei die Kriterien Schulbildung, Kostenträger nur unterstützenden Charakter hatten. Hauptkriterium für den sozialen Status ist nach KLEINING und MOORE der ausgeübte Beruf. Er ist der beste Einzelindikator für sozialen Status in den industriellen Gesellschaften. Frauen gehören, wenn sie ledig sind zur Schicht des Vaters, nach der Heirat zur Schicht des Mannes. Sind sie verwitwet wird ihre soziale Schicht nach der ihres Mannes bestimmt. Nach Scheidung ist die soziale Einstufung der Frau wie vor der Eheschließung in die Schicht ihres Vaters nach KLEINING und MOORE das sicherste Verfahren. Berufstätige Frauen werden nicht nach ihrem eigenen Beruf eingestuft, sondern wie alle Frauen nach dem Beruf des Mannes oder des Vaters. Jugendliche in der Ausbildung entsprechend nach dem Beruf des Vaters, Pensionierte nach dem ausgeübten Beruf vor der Pension. KLEINING und MOORE gingen bei ihrem Modell von der Warnerschen Einteilung der amerikanischen Gesellschaft in sechs soziale Schichten aus, die sie im Prinzip in Deutschland wiederfanden. Sie paßten dieses System im Laufe ihrer Arbeit dann jedoch besser an die deutschen Verhältnisse an, indem sie mit sieben Schichten arbeiteten und eine horizontale Unterteilung der beiden mittleren Schichten vornahmen.
KLEINING und MOORE ordneten diesen sieben Schichten Berufe zu, die sie anhand von Massenbefragungen fanden. Insgesamt basieren die Ergebnisse auf sozialen Selbsteinschätzungen der Befragten (SSE). Unsere Aufgabe bestand darin, Patienten

aufgrund eines vorgegebenen Schemas, in dem sie verschiedenartigsten Berufe verzeichnet waren, in die einzelnen Schichten einzuordnen. Im folgenden stellen wir ein paar ausgewählte Berufe den Schichten gegenüber, in die sie nach KLEINING und MOORE eingeordnet werden (siehe Seite 6 u. 7). Auffallend ist dabei, daß es sich um typische Männerberufe handelt. Grund dafür ist die Einordnung der Frauen über die Berufe des Ehemannes oder des Vaters. KLEINING und MOORE fanden in diesen Untersuchungen heraus, daß so die Schichtzugehörigkeit der Frauen am sichersten zu orten ist.

2.1. Statistische Auswertung

Die von uns erhobenen Daten wurden mittels EDV verarbeitet. Statistisch wurden sie mittels Chi^2-Methode auf ihre Signifikanz geprüft. Bei kleineren Werten wurde die Signifikanz mit dem 2^k-Felder-Test berechnet. Bestand die Signifikanz aus mehreren Einzelsignifikanzen, so wurde die Hauptsignifikanz nach der Methode von BONFERONI bestimmt.

Soziale Schicht	Abkürzung	Beruf
"Prestigeberufe" (Oberschicht)	0	Universitätsprofessor Oberlandesgerichtspräsident Chefarzt eines großen Krankenhauses Generaldirektor eines Industriebetriebes Gesandter im diplomatischen Dienst
Obere Mittelschicht	OM	Staatsanwalt Kaufmännischer Direktor Rechtsanwalt
Mittlere Mittelschicht	MM	Apotheker Zahnarzt Kriminalinspektor Straßenbauingenieur Prokurist
Untere Mittelschicht/ nicht industriell	UM/ni	Standesbeamter Technischer Zeichner Malermeister Schneidermeister
Untere Mittelschicht/ industriell	UM/i	Werkmeister Feinmechaniker
Obere Unterschicht/ nicht industriell	OU/ni	Krankenpfleger Kellner Postbote
Obere Unterschicht/ industriell	OU/i	Schlossergeselle Eisengießer Tankstellenwart

Soziale Schicht	Abkürzung	Beruf
Untere Unterschicht	UU	Gärtnergehilfe
		Fensterputzer
Sozial Verachtet	SV	Möbelpacker
		Straßenreiniger
		Zeitungsausträger

3. GLIEDERUNG

In unserer Studie an 1 206 Patienten, die in den Jahren 1961 bis 1968 an der Universitäts-Nervenklinik Tübingen wegen endogenen und reaktiv/neurotischen Depressionen behandelt wurden, werden folgende Fragestellungen näher untersucht:

- Wie verteilen sich die Patienten auf die endogenen und die reaktiv/neurotischen Depressionen entsprechend dem ICD-Schlüssel

- Wie ist das Geschlechtsverhältnis in unserem Krankengut insgesamt und bei den verschiedenen Formen der depressiven Erkrankung

- Unterscheiden sich die einzelnen Depressionsformen bezüglich des Familienstands der Patienten

- Hat die Religionszugehörigekeit einen Einfluß auf das Auftreten depressiver Erkrankungen

- Bestehen bei den einzelnen Depressionsformen Unterschiede bezüglich der Größe der Herkunftsgemeinde

- Führt die depressive Erkrankung zu einem sozialen Abstieg auf die berufliche Tätigkeit bezogen

- Besteht eine Beziehung zwischen der sozialen Schichtzugehörigkeit bezüglich der Häufigkeit endogener und reaktiv/neurotischer Depressionen

4. UNTERSUCHUNGSERGEBNISSE

4.1. Diagnosen

Das Krankengut setzt sich diagnostisch folgendermaßen zusammen:

		n	%
ICD: 296.0	Involutionsdepressionen	233	19,3
296.1	Manien	9	0,8
296.2	Endogene Depressionen -monopolare Verlaufsform-	273	22,6
296.3	Zirkuläre Verlaufsformen	46	3,8
295.7	Schizo-affektive Psychosen	33	2,7
300.4	Reaktive/neurotische Depressionen	612	50,8
		1 206	

Das von uns bearbeitete Krankengut setzt sich ungefähr zur Hälfte aus endogenen und zur Hälfte aus reaktiven Depressionen zusammen.

4.2. Geschlecht

Für alle Patienten ergibt sich folgende Geschlechtsverteilung:

Männer:	417	34,5 %
Frauen:	789	65,4 %

Unser Gesamtes Krankengut setzt sich somit fast genau aus 1/3 Männern und 2/3 Frauen zusammen.

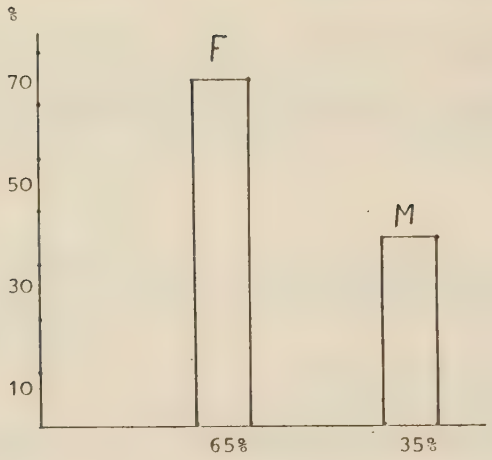

Abb. 1: Geschlechtsverteilung

4.2.1. Diagnosebezogene Geschlechtsverteilung

Für die einzelnen Diagnosen ergibt sich gerundet foldendes Geschlechtsverhältnis:

	Männer		Frauen
Involutionsdepression	1	:	3
Manien	1	:	0,8
Endogene Depression	1	:	2
Zirkulärer Verlauf	1	:	1
Schizo-affektive Mischpsychose	1	:	4,5
Reaktiv/neurotische Depression	1	:	1,5

Die genauen Ergebnisse zeigt die Tabelle 1.

Tab. 1: Geschlechtsverteilung diagnosebezogen

Diagnosen	G E S C H L E C H T			
	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Involutionsdepression	58	24,9	175	75,1
Manien	5	55,6	4	44,4
Endogene Depression	89	32,7	183	67,3
Zirkulärer Verlauf	24	52,2	22	47,8
Schizo-affekt. Mischpsychose	6	18,02	27	81,8
Reaktiv/neurotische Depression	235	39,0	368	61,0

4.3. Familienstand

Die Tabelle 2 zeigt die Ergebnisse bei den einzelnen Diagnosen.

Diagnosen	verheiratet		verwitwet		gesch./ ledig	
	n	%	n	%	n	%
Involutionsdepression	159	68,2	45	19,3	29	12,4
Manien, zirk. Verläufe	45	81,8	1	1,8	9	16,4
Endogene Depression	200	73,3	23	8,4	50	18,3
Schizo-affekt. Depression	20	60,6	3	9,1	10	30,3
Reaktiv/neurot.Depression	322	52,6	34	5,7	256	41,8

Tab. 2: Familienstand nach Diagnosen

4.4. Konfessionszugehörigkeit

Es waren 1 190 Krankengeschichten auswertbar.
34 Patienten (2,9 %) waren ohne Konfession, 780 Patienten (65,6 %) waren Protestanten und 346 Patienten /29,1 %) waren Katholiken. 30 Patienten hatten irgendein sonstiges Glaubensbekenntnis (2,5 %).

Die Religionszugehörigkeit ist gleichmäßig über die einzelnen Diagnosen verteilt. Es besteht kein signifikanter Unterschied.

4.4.1. Religionszugehörigkeit der Bevölkerung - Vergleich mit dem Krankengut -

Da die Religionszugehörigkeit in den einzelnen Kreisen großen Schwankungen unterworfen ist, müssen die Erwartungswerte jeweils pro Kreis berechnet werden. Verwendet werden die Ergebnisse der Volkszählung von 1961 (Statistisches Landesamt Baden-Württemberg). Wir gehen bei der Berechnung von folgenden Kreisen aus, die mit 1 138 Patienten (92,9 %) den großen Teil der Aufnahmen ausmachen: Tübingen, Böblingen, Reutlingen, Stuttgart, Balingen, Hechingen, Nürtingen, Calw, Esslingen, Rottweil, Pforzheim, Horb, Freudenstadt, Ludwigsburg und Göppingen.

Die Erwartungswerte sind dann bei 1 138 Patienten wie folgt:
738, also 64,9 %, müßten evangelisch sein,
347, also 30,5 %, katholisch. 16 Patienten, also 1,4 %, ohne Religion und 37 Patienten (3,3 %) mit sonstiger Konfession.

Die Tabelle 3 zeigt die Erwartungswerte und die gefundenen Werte im Krankengut (KG) (siehe Seite 13).

Tab. 3: Religionszugehörigkeit im Krankengut - Erwartungswerte in der Bevölkerung (KG insgesamt)

	Religionszugehörigkeit				
	evang.	kath.	ohne	sonstige	
Erwartungswert	64,9	30,5	1,4	3,3	%
Krankengut	65,6	29,1	2,9	2,5	%

Die Religionszugehörigkeit im Krankengut entspricht der Verteilung in der Bevölkerung. Es besteht kein signifikanter Unterschied.

4.5. Gemeindegröße - Vergleich des Krankengutes mit der Bevölkerung

Um einen Auslesefaktor möglichst auszuschließen, beschränken wir uns auf die Kreise Tübingen, Böblingen, Reutlingen, Calw, Nürtingen, Hechingen und Balingen.
Die Kreise repräsentieren fast 70 % des gesamten Krankengutes.

Nach Diagnosen aufgeschlüsselt ergeben sich folgende prozentuale Verteilungen (s.Seite 14).

Wir finden beim Vergleich unseres Krankengutes mit der Normalbevölkerung in Bezug auf die Größe der Herkunftsgemeinde eine signifikant unterschiedliche Verteilung bei den Involutionsdepressionen und den reaktiv/neurotischen Depressionen.
Bei den endogenen monopolaren Depressionen zeigen sich auf dem 5 %-Niveau signifikante Unterschiede. Manien, zirkuläre Verläufe endogener Depressionen und schizoaffektive Mischpsychosen wurden wegen zu kleiner Zahlen nicht statistisch ausgewertet.

Die Involutionsdepressionen sind in Orten über 20 000 E (TÜ,RT,BB) überrepräsentiert, dagegen in Orten zwischen 2 000 und 5 000 E unterrepräsentiert ($Chi^2 = 15,69$ $p < 0,05$)
Reaktiv/neurotische Depressionen sind überrepräsentiert in Orten bis 2 000 E, unterrepräsentiert in Orten zwischen 2 000 und 20 000 E und überrepräsentiert in Orten über 20 000 E (RT,TÜ,BB) ($Chi^2 = 72,23$ $p < 0,05$)
(s.Seite 15).

Diagnosen:	Gemeindegrößen 0-2000 %	2001-5000 %	5001-20000 %	20001-100000 %	n
296.0	25,5	11,5	24,2	38,9	157
296.1 296.3	17,2	13,8	17,2	51,7	29
296.2	31,3	25,2	23,1	20,4	147
295.7	28,6	14,3	14,3	42,9	21
300.4	20.9	15,6	18,6	44,9	441
Normalbevölkerung in den 7 Kreisen	27,4	21,4	24,3	26,9	,907732

4.6. Soziale Schichtzugehörigkeit

4.6.1. Sozialer Auf- bzw. Abstieg

Fast alle unsere Patienten mußten wegen ihrer depressiven Erkrankung keinen sozialen Abstieg hinnehmen.
Sie konnten fast alle in ihrem erlernten Beruf weiterarbeiten.

4.6.2. Schichtenverteilung in Normalbevölkerung

Um unsere Ergebnisse mit der Normalbevölkerung vergleichen zu können, benützen wir die von KLEINING und MOORE 1967 bis 1968 gewonnenen Ergebnisse. Für Baden-Württemberg finden wir folgende Schichtverteilung:

Oberschicht Obere Mittelschicht Mittlere Mittelschicht	21 %	O, OM	MM
Untere Mittelschicht	40 %	UM	
Obere Mittelschicht	27 %	OU	
Untere Unterschicht Sozial Verachtete	11 %	UU	SV

Wie schon im Abschnitt METHODIK dargestellt, waren wir aufgrund der Unschärfen in den Berufen gezwungen, aus dem 7-Schichten-Modell ein 4-Schichten-Modell zusammenzuziehen.

4.6.3. Schichtenverteilung in unserem Krankengut

In unserem Krankengut verteilen sich die Patienten gleichmäßig auf die vier Schichten (je 25 %).

4.6.3.1. Vergleich der Schichtverteilung im Krankengut und in der Normalbevölkerung

4.6.3.1.1. Gesamtkrankengut

Tabelle 3 und Abbildung 2 zeigen die Werte im Vergleich zu der Veteilung, die KLEINING und MOORE (1968) in der Baden-Württembergischen Bevölkerung fanden (s.Seite 17).

Tab. 3: Vergleich der Gesamtbevölkerung und Krankengut

	Gesamtbevölkerung	Krankengut	
O, OM, MM	21 %	25 %	288 Patienten
UM	40 %	25 %	285 Patienten
OU	27 %	25 %	287 Patienten
UU, SV	11 %	25 %	289 Patienten

$Chi^2 = 283,26$ $P < 0,05$

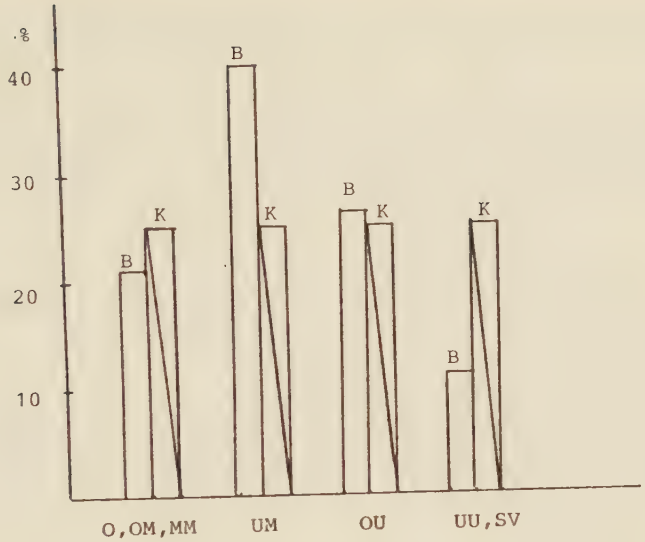

Abb. 2: Bevölkerung im Vergleich mit dem Krankengut

Wir finden einen signifikanten Unterschied zwischen Schichtenaufbau im Krankengut und dem in der Bevölkerung.

Die unterste Schicht (UU, SV) ist im Krankengut deutlich überrepräsentiert (25 % im KG - 11 % in der Bevölkerung). Ebenfalls überrepräsentiert, wenn auch nicht so deutlich (25 % KG - 21 % Bevölkerung), zeigt sich die oberste Schicht (O, OM, MM). Schwächer vertreten sind dagegen die Patienten, die der unteren Mittelschicht entstammen. Sie sind deutlich unterrepräsentiert (40 % Bev. - 25 % KG). Die obere Unterschicht ist dagegen im Krankengut ungefähr gleich stark vertreten wie in der Bevölkerung (27 % Bev. - 25 % KG). Nach dem Verfahren von BONFERONI ergibt sich die Stärke der Signifikanz hauptsächlich aus den Werten der OU und der UU und SV.

4.6.4. Sozialer Schichtaufbau bei den einzelnen Diagnosen

Wir fassen der geringen Zahlen wegen die Manien und die zirkulären Verläufe zusammen. Wir fanden folgende Verteilung bei den einzelnen Diagnosen:

Tab. 4: Soziale Schichtzugehörigkeit bei den Diagnosen

Diagnose	Sozialschicht				
	O,OM,MM %	UM %	OU %	UU,SV %	n
Involutionsdepression	36	25	17	22	219
Manien, zirk. Verl.	37	30	24	9	54
Endogene Depressionen	24	22	29	25	264
Schizo-affekt.Mischpsychose	23	19	26	32	31
Reaktive Depressionen	20	26	26	27	581

$Chi^2 = 36.24 \quad P < 0,05$

Die Schichtverteilung innerhalb des Krankengutes pro Diagnose zeigen einen signifikanten Unterschied. Nach der Methode von BONFERONI ergibt sich die Signifikanz besonders durch das starke Abweichen der Involutionsdepression. Insgesamt gesehen haben wir bei den Involutionsdepressionen eine deutliche Überrepräsentierung in der obersten Schicht.

Bei den Manien und den zirkulären Verläufen zeigt sich in der Tendenz ein ähnliches Bild, hier ist die unterste Schicht noch schwächer vertreten.

Bei den endogenen Depressionen entsprechen die Schichtzugehörigkeiten ungefähr den Durchschnittswerten (25 %) des Gesamtgutes. Ähnlich, jedoch mit einer Verschiebung in die unteren Schichten, verhält es sich bei den Schizoaffektiven Mischpsychosen. Auch bei den reaktiv/neurotischen Depressionen ist eine leichte Verschiebung zugunsten der unteren Schichten zu sehen.

Schichtenaufbau der einzelnen Diagnosen/Schichtenaufbau in der Bevölkerung.

4.6.4.1. Involutionsdepressionen

	Bevölkerung %	Krankengut %
O, OM, UU	21	36
UM	40	25
OU	27	17
UU, SV	11	22

$Chi^2 = 69.87$ P 0,05

In der obersten Schicht zeigt sich eine deutliche Überrepräsentierung im Krankengut gegenüber der Bevölkerung (21 % in der Bevölkerung und 36 % im Krankengut). In der untersten Schicht sehen wir ebenfalls eine stärkere Schicht im Krankengut (11 % in der Bevölkerung und 22 % im Krankengut). Die beiden mittleren Schichten sind jedoch im Krankengut schwächer. UM ist im Krankengut 25 % (Bevölkerung 40 %), OU ist im KG 17 % (Bevölkerung 27 %).

Zusammenfassung: Aus der obersten und der untersten Schicht sind im Krankengut mehr Patienten im Involutionsdepressionen vertreten als ihrer Schichtstärke in der Bevölkerung entsprechen würde.
Die beiden mittleren Schichten sind dagegen im Krankengut schwächer vertreten als in der Bevölkerung. Die Unterschiede sind signifikant.

4.6.4.2. Manien und zirkuläre Verläufe

	Bevölkerung %	Krankengut %
O, OM, MM	21	37
UM	40	30
OU	27	24
UU, SV	11	9

$Chi^2 = 8.29$ $P < 0,05$

In unserer obersten Schicht sind diese beiden Diagnosen ähnlich der Involutionsdepression deutlich überrepräsentiert (37 % KG gegen 21 % Bevölkerung). In den drei folgenden Schichten sehen wir im KG eine Unterrepräsentierung gegenüber der Bevölkerung. In der unteren Mittelschicht sind die beiden Diagnosen unterrepräsentiert (24 % KG gegen

27 % Bevölkerung) und in der untersten Schicht schwach unterrepräsentiert (9 % KG gegen 11 % Bev.).

Zusammenfassung: Wir finden im KG aus der obersten Schicht mehr Patienten mit Manien und zirkulären Verläufen als der Bevölkerung entsprechen würde, wobei Patienten der drei tieferen Schichten im KG schwächer vertreten sind.
Die Unterschiede sind signifikant.

4.6.4.3. Endogene monopolare Depressionen

	Bevölkerung %	Krankengut %
O, OM, MM	21	24
UM	40	22
OU	27	29
UU, SV	11	25

$Chi^2 = 71.66$ $P < 0,05$

Die endogenen Depressionen sind in der obersten Schicht überrepräsentiert gegenüber der Bevölkerung (24 % KG gegen 21 % Bev.). Überrepräsentiert ist auch die obere Unterschicht (29 % KG gegen 27 % Bev.). Deutlich überrepräsentiert finden wir die endogenen Depressionen im KG in der untersten Schicht (25 % KG gegen 11 % Bev.). Die untere Mittelschicht ist dagegen im KG deutlich unterrepräsentiert (30 % KG gegen 40 % Bevölkerung).

Zusammenfassung: Patienten aus der untersten Schicht sind in unserem Krankengut stärker vertreten als ihre Schichtstärke in der Bevölkerung entsprechen würde, dagegen ist die untere Mittelschicht im KG schwächer vertreten.
Die Unterschiede sind signifikant.

4.6.4.4. Schizo-affektive Psychosen

	Bevölkerung %	Krankengut %
O, OU, UU	21	23
OM	40	19
OU	27	26
UO, SV	11	32

$Chi^2 = 15.93$ $P < 0.05$

Die oberste Schicht ist im KG leicht überrepräsentiert (23 % KG gegen 21 % Bev.). Die untere Mittelschicht ist deutlich unterrepräsentiert (19 % KG gegen 40 % Bev.). Die obere Unterschicht ist fast gleich stark im KG (26 % KG gegen 27 % Bevölkerung).
Wir sehen dagegen in der untersten Schicht einen sehr großen Überhang gegenüber der Bevölkerung (32 % KG gegen 11 % Bev.).

Zusammenfassung: Wir finden bei den schizo-affektiven Mischpsychosen ein ähnliches Bild wie bei den endogenen Depressionen, nur daß die unterste Schicht im KG noch stärker ist als bei den endogenen Depressionen.

4.6.4.5. Reaktiv/neurotische Depressionen

	Bevölkerung %	Krankengut %
O, OM, UU	21	20
UM	40	26
OU	27	26
UO, SV	11	27

$Chi^2 = 165.46$ $P < 0.05$

Die oberste Schicht ist bei den reaktiven Depressionen im KG fast gleich stark vertreten wie in der Bevölkerung (20 % KG gegen 21 % Bevölkerung). Die obere Unterschicht ist ebenfalls fast gleichstark (26 % KG gegen 27 % Bev.). Stark unterrepräsentiert ist wieder die untere Mittelschicht (26 % KG gegen 40 % Bev.).
Einen starken Überhang im KG sehen wir wieder in der untersten Schicht (27 % KG gegen 11 % Bev.).

Zusammenfassung: Patienten mit einer reaktiven Depression sind im KG in der untersten Schicht stärker vertreten als ihrer entsprechenden Schicht in der Bevölkerung entsprechen würde. Weniger stark vertreten sind die dagegen in der unteren Mittelschicht.
Die Unterschiede sind signifikant.

5. DISKUSSION DER ERGEBNISSE UND LITERATURVERGLEICH

5.1. Diagnosen - Unterteilung

Zur diagnostischen Aufteilung legten wir den ICD 8 zugrunde (siehe Kapitel METHODIK); Involutionsdepressionen sind dabei im Gegensatz zum ICD 9 gesondert aufgeführt und werden nicht wie dort unter die endogenen Depressionen subsumiert. Die Untersuchungen von ANGST (1966) und STENSTEDT (1953) haben gezeigt, daß die Involutionsdepressionen keine eigenständige Gruppe darstellen. Sie fanden, daß es sich um spät manifestierende, durch die Pathoplastik des Alters beeinflußte, endogene Depressionen handelt. Je älter der Patient war, desto agitierter waren alle endogenen Depressionen, ohne Unterschied zu den Involutionsdepressionen. Sie fanden die Tendenz der geringeren familiären Belastung allgemein mit steigendem Alter, unabhängig, ob es sich um Involutionsdepressionen oder endogene Depressionen handelte.
Different betrachtet werden im ICD 9 dagegen die reaktiv/neurotischen Depressionen, die im ICD 8 unter einer Ziffer aufgeführt werden. Als monopolar verlaufende Depressionen bezeichneten wir laut ICD 8 alle endogenen Frühdepressionen, bei denen bisher keine manischen Phasen bekannt geworden waren. ANGST und LEHMANN kamen zu dem Schluß, daß damit nicht alle bipolaren Verläufe abgetrennt sind, da manische Phasen nach längerem monopolar depressivem Verlauf auftreten können.
ANGST (1978) kommt anhand einer Longitudinalstudie, die von Patienten, die zwischen 1959 und 1963 in der Universitätsklinik von Zürich aufgenommen worden waren, und danach bis 1975 beobachtet wurden zu dem Ergebnis, daß nach drei durchgemachten depressiven Phasen immer noch 29 %, später noch in bipolare Formen wechselten. ANGST meinte außerdem, daß die Manien (ICD 296.1) keine wie von LEONHARD (1957) postulierte eigene Gruppe darstellen, sondern den bipolaren Depressionen zuzurechnen seien. In der oben genannten Studie

fand ANGST (1966) primär ungefähr 20 % bipolare Fälle. Eine neue Durchsicht der Krankengeschichten, bei der hypomanische Zustände aufgedeckt wurden, und ein Hinzuzählen der Manien ergab eine neue Verteilung von 37 % bipolaren Depressionen. Die folgenden Jahre bis 1975 deckten weitere 10 % bipolare Formen auf, die ursprünglich jahrelang monopolar verliefen. ANGST kommt insgesamt zu dem Ergebnis, daß die monopolaren Depressionen und die bipolaren in einem Verhältnis von 1 : 1 stehen.

LEHMANN (1971) ist ebenfalls sehr skeptisch in Bezug auf die Diagnosen unipolare Depression und reine Manie. Er selbst hat einige Patienten gesehen, die nach 15 Jahren schließlich doch eine manische Phase durchmachten.
Einer seiner Patienten, der 19 manische Attacken während seines Lebens hatte, bekam, als er 60 Jahre alt war, seine erste depressive Phase. Er meint jedoch, daß andererseits die regelmäßigen bipolaren Formen des klassischen Typs sehr selten sind.

KIELHOLZ (1966) fand in seiner Studie bei 65 % aller aus dem manisch depressiven Formenkreis stammenden Kranken lediglich depressive Phasen. 28 % der Kranken hatten vorwiegend depressive Phasen und nur vereinzelt manische Phasen. 6 % hatten "reine Manien", und nur 1 % hatte eine typische zirkuläre Form.

KINKELIN (1954) findet 34,9 % bipolare Depressionen, 4,1 % Manien und 61 % monopolare Depressionen.

In unserem Krankengut entstammen jeweils ungefähr 50 % der "endogenen Gruppe" und der reaktiv/neurotischen Gruppe. Die "endogene Gruppe" (ICD 296.0 - 3 und 296.7) unterteilt sich weiter in 39,2 % Involutionsdepressionen, 1,5 % Manien (ICD 296.1), 46,0 % endogene Depressionen (ICD 296.2), 7,7 % zirkuläre Verlaufsformen (ICD 296.3) und 5,5 % schizoaffektive Mischpsychosen. Somit finden wir bei der "endogenen

Gruppe" unseres Krankenguts 85 % monopolare Depressionsformen (Involutionsdepressionen und endogene Depressionen). Im Vergleich zu den genannten Arbeiten ist bei unserem Krankengut die sehr geringe Zahl der Manien (9 Patienten) und der zirkulären Verläufe (46 Patienten) auffallend im Gegensatz zu der großen Anzahl von monopolaren Verläufen.
Als Erklärung bieten sich zwei Möglichkeiten an:
Nach SCHULTE-TÖLLE (1971) könnten regional unterschiedliche Verteilungen auf wahrscheinlich hereditärer Basis ursächlich sein, andererseits besteht die Möglichkeit, daß nur ein Teil der bipolaren Formen erfaßt wurde und ein weiterer Teil primär monopolar diagnostiziert wurde. Sie wären somit in den endogenen Depressionen und den Involutionsdepressionen verborgen.

5.2. Geschlechtsunterschiede

WEISSMANN und KLERMANN publizierten 1976 eine umfassende Zusammenstellung aller diesbezüglichen Studien aus den USA, aus Europa und einigen Ländern der Dritten Welt.
Die Autoren finden insgesamt variierende Befunde, jedoch immer ein deutliches Überwiegen der Frauen. Abweichende Ergebnisse in klinischen Arbeiten und in Felduntersuchungen zeigen nur Arbeiten aus Ländern der Dritten Welt wie Indien, Irak, Neu-Guinea und Rhodesien. In diesen Ländern entsprechen sich die Erkrankungsraten von Frauen und Männern, oder es überwiegen sogar die Raten für Männer wie in Neu-Guinea.
Im Durchschnitt finden die Autoren bei den "depressiven Syndromen" insgesamt ein Verhältnis Frauen : Männer von 2 : 1. Variierende Befunde erklären die Autoren mit variierenden Methodiken in den einzelnen Arbeiten. Wurde bei den einzelnen Studien diagnostisch unterteilt, dann wurden laut den Autoren im allgemeinen bei den manisch-depressiven Psychosen niedrigere Werte für den Frauenüberschuß gefunden als bei den "neurotischen Depressionen".

ANGST (1966) findet folgende Geschlechtsverteilungen:

	Frauen	:	Männer
Mischpsychose	4	:	1
Involutionsdepression	3	:	1
Zirkuläre Verläufe	2	:	1
endogene Depression	3,3	:	1

Unsere eigenen Ergebnisse zeigen Geschlechtsverteilungen wie folgt:
Alle depressiven Erkrankungen insgesamt betrachtet ergeben in unserem Krankengut ein Verhältnis Frauen : Männer von 1,8 : 1.

Bei den Involutionsdepressionen finden wir ein Verhältnis von 3 : 1, ein Ergebnis, das mit den Befunden von ANGST und auch weitgehend mit anderen Arbeiten übereinstimmt.
Bei den Manien finden wir fast gleichviele Frauen wie Männer (0,8 : 1). Die endogenen Depressionen zeigen ein Verhältnis von 2 : 1, die zirkulären Verläufe von 1 : 1, die schizoaffektiven Mischpsychosen von 4,5 : 1 (entspricht ANGST 1966). Die reaktiv/neurotischen Depressionen zeigen ein Verhältnis von 1,5 : 1.
Wir können mit unseren Befunden die Ergebnisse von WEISSMANN und KLERMANN (1976) nicht bestätigen, die besagen, daß der Frauenüberschuß bei den reaktiven Depressionen größer sei als bei den manisch-depressiven Psychosen. Wir finden die umgekehrten Verhältnisse. Eine genauere Interpretation unserer Einzelergebnisse findet sich bei BALLING (in Vorbereitung).

Durchgeführte Felduntersuchungen bestätigen laut WEISSMANN und KLERMANN die klinischen Befunde, so daß davon ausgegangen werden kann, daß es sich bei dem Überwiegen der Frauen nicht um eine Selektion durch die Hospitalisierung handelt. WEISSMANN und KLERMANN kommen in ihrer Diskussion zu dem Schluß, daß dieser Befund die realen Verhältnisse widerspiegelt. Ätiologisch ist dieses Überwiegen der Frauen bei den depressiven Erkrankungen bisher nicht schlüssig bewiesen, weder durch genetische Untersuchungen, noch durch endokrinologische Betrachtungen, noch durch psychosoziale Bedingungen. Die Autoren kommen zum Ergebnis, daß wohl eine multifaktorielle Betrachtung am ehesten eine Erklärung birgt, wobei die drei oben genannten Bedingungen bei den einzelnen Untergruppen zu verschieden starker Ausprägung kommen.

5.3. Familienstand

Über den Familienstand der Patienten psychiatrischer Kliniken sind schon sehr früh gründliche Untersuchungen vorgenommen worden. Eine der frühen, sehr ausführlichen Arbeiten stammt von ESSEN-MÖLLER (1935). Er untersuchte den Familienstand Schizophrener und Manisch-Depressiver und fand bei beiden Krankheitsgruppen ein Überwiegen der Ledigen gegenüber dem Durchschnittswert der Bevölkerung; allerdings war der Unterschied weniger stark bei den Manisch-Depressiven ausgeprägt.

LEWIS (1959) fand bei einer Untersuchung Manisch-Depressiver in London ungefähr gleichviel Ledige wie in der Bevölkerung. STENSTEDT (1952) berichtet über nur leicht erniedrigte Heiratsraten Manisch-Depressiver. Er fand nur bei Männer signifikant erniedrigte Werte. ANGST (1966) dagegen fand nur bei manisch-depressiven Frauen ein signifikantes Überwiegen der Ledigen.
Zusammenfassend kann man sagen, daß die Ergebnisse zum

Familienstand bei den manisch-depressiven Psychosen nicht so eindeutig in der Literatur sind wie bei den schizophrenen Psychosen. Untersuchungen sind methodisch schwierig, da Abhängigkeiten zu Alter und sozialer Schicht bestehen. In unserer Untersuchung finden wir 61,8 % aller depressiven Patienten verheiratet, 29,5 % geschieden bzw. ledig und 8,8 % verwitwet.

Zum Vergleich mit dem Durchschnittswert der Bevölkerung beziehen wir uns auf die diagnostischen Untersuchungen. Die große Gruppe der monopolaren endogenen Depressionen (ICD 296.2) zeigt keine wesentlichen Unterschiede gegenüber dem Familienstand der Bevölkerung. Bei den Involutionsdepressionen finden wir verglichen mit Gesunden des entsprechenden Alters die Verwitweten im Krankengut überrepräsentiert. Ein Ergebnis, das zwei Interpretationsmöglichkeiten bietet: einerseits besteht die Möglichkeit, daß Patienten, die schon vor der Verwitwung krank waren,durch den Tod des Ehepartners zuhause weniger versorgt werden können und so überdurchschnittlich häufig in stationäre Behandlung kommen. Andererseits kann der Tod des Ehepartners ein pathogener Faktor zur Auslösung der Depression sein und so zu einer Erhöhung dieser Gruppe im Krankengut führen. Bei den reaktiv/neurotischen Depressionen sind die Ledigen bzw. Geschiedenen überrepräsentiert. Leicht überrepräsentiert sind die Verwitweten. Man muß sich bei diesem Befund ins Bedächtnis rufen, daß es sich bei den stationär behandelten reaktiv/neurotischen Depressionen um relativ schwere Formen handelt. Die leichteren Formen erscheinen gar nicht in der Klinik. Bei diesen schweren reaktiven Depressionen scheinen weniger tragfähige Bindungen zu bestehen. Für das Übergewicht bei den Verwitweten gilt das gleiche wie oben schon gesagt.

5.4. Konfessionszugehörigkeit

ANGST (1966) fand in seinem Krankengut keine konfessionellen Unterschiede gegenüber dem Durchschnitt des Kantons Zürich. Sektenangehörige waren prozentual etwas vermehrt, dabei verteilten sich die Sektenangehörigen gleichmäßig auf die diagnostischen Untergruppen.
Die Ergebnisse unserer Krankengute entsprechen weitgehend den oben genannten. Die statistische Berechnung ergab keinen signifikanten Unterschied zwischen der Religionszugehörigkeit des Krankenguts und der Bevölkerung.
Nur die Konfessionslosen waren mit 2,9 % im Krankengut gegenüber 1,4 % im Bevölkerungsdurchschnitt doppelt so stark vertreten. Auch beim Vergleich der diagnostischen Untergruppen fanden wir keine signifikanten Unterschiede.
Zusammenfassend ist festzustellen, daß die Religionszugehörigkeit keinen Einfluß auf das Erkrankungsrisiko zu haben scheint.

5.5. Größe der Gemeinde

Nach einigen amerikanischen Statistiken, die ROSE und STUB (1956) zusammenfassen, besteht bezüglich der Inzidenz manisch-depressiver Psychosen kein Unterschied zwischen Stadt und Land. Die Manisch-Depressiven verteilen sich gleichmäßig über Wohnstrukturen, seien es Dorf- oder Stadt- bzw. Großstadtstrukturen.
Bei den schizophrenen Psychosen zeigt sich jedoch laut ROSE und STUB eine Häufung hin zur Großstadt. PFLANZ (1960) deutet auf die methodischen Schwierigkeiten dieser Untersuchungen hin. Desweiteren sei die Großstadtsoziologie bis vor kurzem bei den meisten Forschern auf größeres Interesse gestoßen als die "rural urban sociology", so daß die Inzidenzvergleiche bisher nicht unbedingt die wahren Verhältnisse widerspiegeln.

Für den epidemiologischen Vergleich des Krankenguts mit der Normalbevölkerung beschränkten wir uns auf die sieben Kreise, aus denen 70 % der Patienten eingewiesen wurden, da die Einweisungsdichte in den restlichen Kreisen immer geringer wird, und so durch Auslese eine Verfälschung der Daten entstehen würde.
Innerhalb unseres Krankengutes finden wir bezüglich der diagnostischen Untergruppen signifikante Unterschiede, was die Gemeindegröße betrifft. Beim Vergleich der einzelnen diagnostischen Untergruppen mit den Normalverteilungen in der Bevölkerung zeigen sich uns signifikant unterschiedliche Verteilung bei den Involutionsdepressionen und den reaktiv/neurotischen Depressionen.
Die Patienten mit reaktiv/neurotischen Depressionen und mit Involutionsdepressionen kommen gehäuft aus Orten über 20 000 Einwohner, also aus Städten mittlerer Größe bzw. Großstädten. Dagegen sind sie aus den Orten unter 20 000 Einwohnern gegenüber der Normalbevölkerung unterrepräsentiert. Die monopolaren Depressionen (296.2) verteilen sich ungefähr gleichmäßig über die Gemeinden, so daß sich mit unserer Untersuchung die beschriebenen Befunde von ROSE und STUB (1956) bestätigen lassen.

Geht man von der "Unwirtlichkeit" größerer Ansiedlungen aus, so verwundern die Ergebnisse nicht. Sie würden insofern die schon genannten Thesen bestätigen, daß Involutionsdepressionen umweltabhängiger auftreten im Vergleich zu den endogenen Depressionen, die umweltunabhängiger erscheinen. Diese Überlegungen sind jedoch nur spekulativer Art; Felduntersuchungen wären zur weiteren Klärung notwendig.

5.6. Soziale Schichtzugehörigkeit

5.6.1. Sozialer Auf- bzw. Abstieg

Fast alle unsere Patienten hatten keinen sozialen Auf- oder Abstieg hinter sich.

Wir befinden uns damit im Gegensatz zu einem Teil der Literatur, in der wie bei POORT (1945), LUNDQUIST (1945), FREMMING (1947) und STENØSTEDT (1952) ein gewisser Trend zur sozialen Inaktivität abzulesen ist. STENØSTEDT (1952) stellte bei seiner Untersuchung über manisch-depressive Erkrankungen fest, daß seine Patienten im Vergleich zur Normalbevölkerung signifikant häufiger arbeitslos waren. POORT (1945) studierte die soziale Prognose von 114 Manisch-Depressiven und fand, daß nach 10 bis 15 Jahren ein Drittel von ihnen "mehr oder weniger sozial invalidisiert waren".

ANGST (1966) kam dagegen in seiner Untersuchung zu den gleichen Ergebnissen wie wir. Das manisch-depressive Irresein hatte die soziale Stellung seiner Patienten nicht in nennenswertem Maße beeinflußt. Unsere Ergebnisse beziehen sich allerdings im Gegensatz zu denen von ANGST auf eine viel kürzere Beobachtungszeit.

5.6.2. Schichtenverteilung

Eine der ersten Arbeiten stammt von dem Freiburger Psychiater STERN (1913), der das Material der Freiburger Universitätsklinik statistisch aufgegliedert hat. Er fand mit steigendem "Kulturkreis" (der sich mit dem Schichtbegriff deckt) häufiger Manien, zirkuläres und periodisches Irresein, Paranoia und Paralyse, jedoch weniger Dementia präcox.

FARIS und DUNHAM werteten in ihrer bekannten ökologischen Arbeit (1939) in 24 Hospitälern von Chicago Krankengeschichten aus. Sie stellten fest, daß die manisch-depressive Psychose zwar zufällig über das Stadtgebiet verteilt war, jedoch mit der Anzahl besserer Häuser, mit besserer Bildung und besserem Einkommen korreliert.

STRÖMGREN (1938) fand ebenfalls eine Häufung manisch-depressiver Psychosen in höheren sozialen Schichten. Zum gleichen Ergebnis kamen LANDIS und DAGTON (1940), die bei Manisch-Depressiven ein höheres Bildungsniveau und ein höheres Einkommen feststellten als bei anderen Psychosen. Eine der wenigen deutschen Untersuchungen von FLEGEL und SCHÜTT (1967), eine Studie, die in drei Krankenhäusern Düsseldorfs durchgeführt worden war, ergab auch ein gehäuftes Auftreten manisch-depressiver Erkrankungen in den höheren sozialen Schichten. Es wurden allerdings nur Erstaufnahmen und nur Männer untersucht. Eine Bevorzugung der mittleren und niederen sozialen Schichten fand MATUSSEK (1965) bei einer Untersuchung von 442 unbehandelten Fällen. Die Patienten kamen zwischen 1926 und 1942 in die Universitäts-Nervenklinik München.

Stark gehäuft bei Angestellten, also Angehörigen der mittleren Schichten, fand PFLANZ (1965) Krankheiten aus dem manisch-depressiven Formenkreis bei einer Untersuchung in Kölner Krankenhäusern mit Patienten aus dem Stadtgebiet.

TELLENBACH (1961) gliederte im "Typus melancholicus" sein Patientengut beruflich auf und stellte fest, daß in seinem Krankengut die Depressiven in der "Überzahl" anspruchslosere und abhängige Berufe ausübten. Sie gehörten in der "Überzahl" dem kleinen Mittelstand an. Auch die Berufe der höheren Schicht waren abhängige Berufe.

TIETZE, LEMKAU, COOPER (1941) untersuchten 10 Krankenhäuser in den USA und fanden eine eindeutige Häufung der depressiven Psychosen in der Mittelschicht.

Eine epidemiologische Studie von PEDERSON (1972) zeigt keine signifikanten Unterschiede zwischen der sozialen Schicht im Patientengut und der Normalbevölkerung. Es wurden 568 Fälle von "Psychotic Depression" untersucht. Entnommen wurden die Fälle einem Register in Monroe County Ny.

Ebenfalls keinen signifikanten Unterschied fand BAGLEY (1973) außer bei den Manien und zirkulären Psychosen, die in der Oberschicht gehäuft auftraten. Er untersuchte 1 500 Fälle und verglich seine Ergebnisse mit der Bevölkerung.

In ihrer ökologischen Studie untersuchten HÄFNER und Mitarbeiter (1965) die Inzidenz seelischer Krankheiten in Mannheim. Die Erhebung wurde auf der Basis der Aufnahmen in psychiatrische und nicht-psychiatrische Krankenhäuser, psychiatrische Arztpraxen und alle kirchlichen, städtischen und freien Einrichtungen der Wohlfahrtspflege wie Altersheime etc. durchgeführt. Es ergab sich für endogene Depressionen -im Gegensatz zu den anderen psychischen Krankheiten- keine Beziehung zu bestimmten Wohngebieten.

BROOKE (1965) stellte bei seinen Untersuchungen, die er in Krankenhäusern Englands und Wales' vornahm, bei den "manic-depressive reactions" höhere Erkrankungsraten in der Unterschicht, andererseits aber auch in der obersten Schicht fest. Zu einem kleichen Ergebnis kam ADELSTEIN (1968) in einer Inzidenzstudie einer englischen Stadt (Salford). Er beschreibt für "depressive Psychosen" folgende Raten: Schicht I 0/100 000 (oberste Schicht), Schicht II 40/100 000, Schicht III 63/100 000,Schicht IV 60/100 000 und Schicht V 62/100 000.
Es zeigt sich in seiner Studie somit ebenfalls eine Krankheitshäufung in den untersten Schichten.

Eine ausführliche Studie von BIRTCHNELL (1971) stellt die soziale Schichtverteilung von Patienten und ihren Eltern einer Kontrollgruppe gegenüber. Es wurden 2 861 Patienten untersucht, die psychiatrische Dienste in Nord-Ost-Schottland in Anspruch genommen hatten. Diagnostisch wurde nur von "Depression" gesprochen. BIRTCHNELL fand wie BROOKE in seinem 5-Schichtenmodell ein Überwiegen der Depressiven in den oberen Schichten I und II, weniger in der Schicht III und eine Überrepräsentation in den unteren Schichten IV und V.

Dieses auf den ersten Blick widersprüchliche Bild könnte nach BAGLEY (1973) das Resultat phänomenologisch unterschiedlicher Gruppen Depressiver unter der Sammeldiagnose "Depression" sein. Die Eltern dieser Patienten zeigten im Vergleich mit der Kontrollgruppe keinen Unterschied in der sozialen Zusammensetzung. BAGLEY folgert, daß eventuell einerseits eine Gruppe soziale Aufwärtsbewegung, eine andere soziale Abwärtsbewegung unternahm. Er stellt fest, daß die Patienten, die einen Aufwärtstrend hinter sich haben, unter bipolaren Depressionen leiden.

Im folgenden werden Arbeiten besprochen, in denen das Problem der sozialen Herkunft bei den neurotischen Erkrankungen erforscht wurde. Spezielle Arbeiten über reaktiv/neurotische Depressionen konnten wir nicht finden. Es seien hier stellvertretend zwei große Studien genannt, die zu widersprüchlichen Ergebnissen kommen.

In der Midtown Manhattan Study (LANGNER und MICHAEL 1963) wird bei Personen, die sich aufgrund eines aus Schulbildung, Beruf, Einkommen und Wohnungsqualität zusammengesetzten Schichtkriteriums am oberen Ende des sozioökonomischen Status befanden, der größte Anteil von Personen mit neurotischen Symptomen beschrieben.

Die "Stirling County" Studie fand dagegen die höchste Prävalenzraten für das "psychoneurotic symptom pattern" in den untersten und insgesamt vier sozialen Schichten, die durch die berufliche Position definiert waren.

DOHRENWENDT und DOHRENWENDT (1969) kommen bei einer Zusammenstellung von Arbeiten über die Schichtzugehörigkeit und Neurose zu folgenden Ergebnissen: Von den 14 angeführten Studien werden in sechs die höchsten Raten für die unterste soziale Schicht berichtet (ABIMOTO und Mitarbeiter 1942, PASAMANICH und Mitarbeiter 1959, GILLEI und Mitarbeiter 1965, LEIGHTON, O.C. und Mitarbeiter 1963, COLE und Mitarbeiter 1957).

In acht Arbeiten fanden sich die höchsten Neuroseraten in anderen sozialen Schichten (LIN 1953, TSEEWAGA und Mitarbeiter 1942, HYDE und NINGSLEY 1944, BRENER 1951, HELGASON 1964, PROMROSE 1962, LANGNER und Mitarbeiter 1963).

Die von HOLLINGSHEAD und REDLICH (1958) aufgestellte These, Neurosen seien eine Krankheit der Reichen, kann somit nicht weiter aufrechterhalten werden. Nach KATSCHNIG und STROTZKA (1977) war bei der New Haven-Studie bald in Vergessenheit geraten, daß es sich bei dieser Untersuchung um eine Prävalenzstudie handelte, die lediglich behandelte Fälle erfaßte. Es sind aber Angaben über die wahre Inzidenz nötig: so verschwindet lauf KATSCHNIG und STROTZKA bei HOLLINGSHEAD und REDLICH für Neurosen der Schichtzusammenhang, wenn behandelte Inzidenzraten berechnet werden. Nach KATSCHNIG und STROTZKA (1977) weisen die bisherigen Arbeiten über Neurosen und Schichtzugehörigkeit allerdings noch keineswegs darauf hin, daß zwischen Inzidenz bzw. Prävalenz von Neurosen und der sozialen Schicht kein Zusammenhang besteht.

SCHWAB und Mitarbeiter (1967) stellten bei Untersuchungen, die sie an Patienten eines "General Hospital" durchführten, fest, daß die Symptome, die bei "Depressiven" im Vordergrund stehen, schichtabhängig sind. In der Unterschicht finden sie mehr "facility syndroms" (Machtlosigkeit, Schuldgefühle, Hoffnungslosigkeit), in der Mittelschicht "allination syndroms" (Einsamkeit, Hilfslosigkeit), in der Oberschicht "loss of interest in social life" (Pessimismus etc.).

Die gleichen Autoren fanden heraus, daß Patienten der unteren sozialen Schichten nur zu 8 % von Psychiatern als depressiv diagnostiziert wurden, im Gegensatz dazu die Patienten der oberen sozialen Schichten zu 32 %.

Die Depressionsskala von BECK (1967) und die "Hamilton Depression Rating" zeigten das umgekehrte Bild. Hier finden

die Autoren höhere Raten in den unteren Schichten als in den oberen. Sie kommen zu dem Schluß, daß zwischen den subjektiven und den objektiven Daten eine so starke Divergenz besteht, daß vermutet werden kann, daß die psychiatrischen Diagnosen klassenspezifisch gestellt werden.
Ärzte kommen gewöhnlich aus oder erreichen die höheren Schichten; ihre soziale Distanz mag es für sie schwieriger machen, die speziellen depressiven Symptome der Unterschicht zu erkennen.

Nach BAGLEY (1973) haben die Ergebnisse von SCHWAB (1967) eine interessante Interpretationsmöglichkeit der Adelsteinstudie (siehe oben) aufgezeichnet. ADELSTEIN (1968) fand wie gesagt in der Unterschicht vermehrt depressive Patienten. Alle Patienten hatten Kontakt mit einem psychiatrischen Dienst in einer englischen Stadt. Die Hamilton scale stammt ursprünglich aus England, wurde also aus englischem Patientengut entwickelt (1960). Es besteht somit die Möglichkeit, daß die englische Psychiatriepraxis eher depressive Symptome der Unterschicht erfaßt.

In einer Studie mit Daten aus dem "Camberwell Register" schlüsselte BAGLEY (1973) diagnostisch in Manien plus schwere Depressionen, "affektive" Psychosen (schwere Depressionen mit Retardierung, Agitation, Desillusionierung) schwere Depressionen ohne die obigen zusätzlichen Symptome und leichtere Depressionen auf. Beim Schichtvergleich des Krankenguts (1 500 Fälle) mit der Normalbevölkerung fand der Autor nur Unterschiede bei den "Manien mit wechselnden schwerden Depressionen".
BAGLEY (1973) zeigt in seiner Zusammenfassung über Schichtzugehörigkeit und Depression auf, daß in den meisten Arbeiten der Literatur "depressives Kranksein" sehr schlecht definiert ist und die Symptome, die für die Diagnose herangezogen werden, sehr stark variieren. Desweiteren gibt es keine einheitliche Definition von Schicht.

Eine Anzahl von amerikanischen, deutschen, englischen und skandinavischen Studien haben nach BAGLEY ergeben, daß "Depression" in den oberen Schichten gehäuft vorkommt, obwohl in den neuesten englischen Arbeiten dieses Ergebnis nicht mehr so konstant gefunden wurde. Er meint dies damit erklären zu können, daß diese neueren Arbeiten nicht nur die schweren Depressionen, sondern auch mehr und mehr die neurotischen Depressionen beinhalten. Für die schweren Depressionen des manisch-depressiven Typs, besonders für die bipolaren Psychosen, scheint jedoch weiterhin die These zu stimmen, daß sie in den höheren Schichten gehäuft vorkommen. BAGLEY führt als Erklärung drei Hypothesen an. Als erstes könnte man postulieren, daß Patienten der unteren Schichten nicht alle vollständig diagnostiziert werden. Es ist möglich, daß Patienten der unteren Schicht ihre Symptome so schildern, daß sie von den Psychiatern und anderen Ärzten als somatische Beschwerden mißdeutet werden, oder daß sie erst gar nicht so häufig zum Arzt gehen. Die zweite Hypothese besagt, daß eine bestimmte "depressive Persönlichkeit" eine soziale Aufwärtsbewegung macht. Die dritte Hypothese beinhaltet, daß bestimmte Faktoren, die mit der oberen Schicht gekoppelt sind, zu depressivem Verhalten prädisponieren, z.B. der Streß der oberen Schichten, oder der Streß, in diese Schichten gelangt zu sein. BAGLEY kommt zu dem Schluß, daß zumindestens für die amerikanischen Arbeiten die erste Hypothese am ehesten zutrifft, wenn auch nicht für die bipolaren Depressionen.

Unsere eigenen Ergebnisse vergleichen wir mit Daten, die KLEINING und MOORE anhand der baden-württembergischen Bevölkerung fanden. Einschränkend ist zu sagen, daß unser Krankengut aus einem vergleichsweise kleinen Gebiet stammt, so daß sich hier Verzerrungen ergeben können, die allerdings bei der Struktur Baden-Württembergs von geringem Einfluß sind. Desweiteren stammen die Vergleichsdaten nur von einem Jahr (1969).

Betrachten wir unsere beschriebenen Ergebnisse mit der besprochenen Literatur, so finden wir ähnliche Tendenzen wie in den neueren englischen Arbeiten. Der Vergleich mit der Bevölkerung ergab bei allen Diagnosen signifikante Unterschiede.

Ähnlich wie BROOKE (1965) und BIRTCHNELL (1971) finden wir bei unserer Sammeldiagnose "Depression" eine Überrepräsentation in den oberen und andererseits in den unteren Schichten. Unsere Aufgliederung nach ICD-Diagnosen zeigt ein Bild, das teilweise den Ausführungen BAGLEY'S (1973) entspricht. Wir finden bei den bipolaren Depressionen und Manien, wie von BAGLEY postuliert, eine deutliche Überrepräsentation in der obersten Schicht. Die reaktiv/neurotischen Depressionen sind dagegen deutlich in der Unterschicht, weniger deutlich in der Oberschicht überrepräsentiert, was teilweise durch die oben beschriebenen Selektionsfaktoren bedingt ist.

Die endogenen Depressionen entsprechen nicht ganz der Deutung BAGLEY'S. Wir finden auch hier wie ADELSTEIN (1968) eine deutliche Überrepräsentation in der untersten Schicht, andererseits auch, wenn auch weniger deutlich, in der obersten Schicht.

Die Ergebnisse bei den schizo-affektiven Psychosen entsprechen zahlreichen Studien der epidemiologischen Schizophrenieforschung bei denen ein Überwiegen der Angehörigen unterer sozialer Schichten gefunden wurde. Dieser Befund blieb jedoch inzwischen epidemiologisch nicht unwidersprochen.
Nicht einordenbar erscheint uns das Ergebnis bei den Involutionsdepressionen. Das deutliche Überwiegen in der obersten und der untersten sozialen Schicht entspricht zwar in der Tendenz ebenfalls den Befunden BROOKE'S und BIRTCHNELL'S, jedoch bietet sich keine Vergleichsmöglichkeit in der Literatur mit unserem Ergebnis. Vielleicht

zeigt sich in diesen Ergebnissen auch die Willkürlichkeit der Definition Involutionsdepression (Depression nach dem 45. Lebensjahr).
Insgesamt zeigt sich in unseren Ergebnissen (es sei hier noch einmal betont, daß es sich um an einer Klinik mit all den Selektionsmechanismen gewonnene Daten handelt) trotz der Schwierigkeit des Vergleichens mit anderen Arbeiten eine Tendenz, die auch in neueren englischen Arbeiten gefunden wurde.

6. ZUSAMMENFASSUNG

1 206 Krankengeschichten endogen und reaktiv depressiver Patienten der Universitäts-Nervenklinik Tübingen aus den Jahren 1961 bis 1968 wurden ausgewertet. Zur Klassifikation verwandten wir den ICD-Diagnoseschlüssel in seiner 8. Revision.
Im folgenden kurz die wichtigsten Ergebnisse der einzelnen Abschnitte:

Unser Krankengut setzt sich ungefähr zur Hälfte aus endogen und zur Hälfte aus reaktiv/neurotischen Depressionen zusammen. Wenige bipolare Verlaufsformen der endogenen Depression stehen einer großen Zahl von monopolaren Verlaufsformen gegenüber.
Frauen erscheinen im gesamten Krankengut doppelt so häufig wie Männer.

Es besteht kein wesentlicher Unterschied im Familienstand bei den monopolaren Depressiven gegenüber der Bevölkerung. Bei den Patienten mit einer Involutionsdepression sind jedoch die Verwitweten, bei den Patienten mit einer reaktiv/neurotischen Depression die Ledigen im Krankengut überrepräsentiert.

Die Religionszugehörigkeit im Krankengut entspricht der Verteilung in der Bevölkerung.

Die monopolaren Depressionen verteilen sich gleichmäßig über große und kleine Gemeinden. Signifikante Unterschiede zeigen jedoch die Involutionsdepressionen und die reaktiv/neurotischen Depressionen. Sie kommen gehäuft in Gemeinden über 20 000 Einwohnern vor.

Fast alle Patienten hatten keinen sozialen Auf- oder Abstieg hinter sich. Die oberen und unteren Schichten waren im gesamten Krankengut signifikant häufiger

vertreten. Dabei waren die Involutionsdepressionen in den oberen und unteren Schichten, die bipolaren Depressionen nur in den oberen Schichten signifikant überrepräsentiert. Monopolare und reaktiv/neurotische Depressionen und schizoaffektive Psychosen zeigten dagegen eine signifikante Häufung in den unteren Schichten.

7. LITERATURVERZEICHNIS

ADELSTEIN, A.M., DOWNHAM, D., STEIN, Z., SUSSER, M.W.: The epidemiology of mental illness in an English dity. Soc. Psychiat. 3, 47 - 59 (1968)

ANGST, J.: Zur Ätiologie und Nosologie endogener depressiver Psychosen. Monogr. Gesamtgeb. Neurol- Psychatr. Heft 112. Berlin-Heidelberg-New York: Springer (1966)

ANGST, J., PERRIS, C.: Zur Nosologie endogener Depressionen; Vergleich der Ergebnisse zweier Untersuchungen. Arch. Psychiatr. Nervenkr. 210, 373 - 386 (1968)

ANGST, J., FELDER; W., FREY, R., STASSEN, H.H.: The course of affective disorders. Arch. Psychiat. Nervenkr. 226, 57 - 73 (1978)

BAGLEY, Ch.: Occupational class and symptoms of depression. Soc. Sci. and Med. 7, 327 - 340 (1973)

BALLING, H.: Geschlechtsverteilung bei depressiven Erkrankungen. Inaugural-Diss. Tübingen (in Vorbereitung)

BECK, A.: Depression. New York: Harper & Row Publishers Inc (1967)

BIRTCHNELL, J.: Social Class, parental social class and social mobility in psychiatric patients and general patients and general population controls.
Psychol. Med. 1, 209 - 221 (1971)

BLEULER, E.: Lehrbuch der Psychiatrie.
7. Aufl. Springer (1943)

BROWN, G.W., BIRLEY, J.L.T.: Social Precipitants of Severe Psychiatric disorders. In: Psychiatric Epidemiology. Hrsg. von Hare, E.H., Wing, J.K.
Oxford University Press: London (1970)

DOHRENDWENDT, B.P., DOHRENWENDT, B.: Social status and psychological disorder.
New York-London-Sydney-Toronto: Whiley Interscience (1969)

DOUST, J.W.L.: Psychiatric aspects of somatic immunity: differential incidence of physical disease in the histories of psychiatric patients.
Brit. J. Soc. Med. 6, 49 (1952)

DOWNES, J., SIMON, K.: Characteristics of psychoneurotic patients and their families as revealed in a general morbidity study.
Milbank mem. Fund Q, 32, 43 (1954)

DUBLIN, L.I.: Suicide: A Sociological and statistical study.
New York: Ronald Press Co. (1963)

EASTWOOD, M.R., TREVELYAN, M.H.: Relationship between physival and psychiatric disorders.
Psychological Med. 2, 363 - 372 (1972)

ESSEM-MÖLLER, E.: Untersuchungen über die Fruchtbarkeit gewisser Gruppen von Geisteskranken.
Acta psychiat. scand. Suppl. 8, (1935)

FLEGEL, H., SCHÜTT, U.: Psychiatrische Hospitalisierungsfrequenz und soziale Schichtung in Düsseldorf.
Univ. Düsseldorf, Sozialpsychiatrie 2, 39 - 42 (1967)

FREMMING, K.H.: Sygdosrisikoen for Sindslidelser og andre sjaelelige Abnormititsande i den danske Gennemsnitbefölking.
Kopenhagen: Ejnar Munksgaard (1947)

HÄFNER, H., REIMANN, H., IMMICH; H., MARTINI, H.: Inzidenz seelischer Erkrankungen in Mannheim.
Soc. Psychiat. 4, 126 - 135 (1969)

HAGNELL, Ol.: Incidence and duration of episodes of mental illness in the total population in: E.H. Hare and J.K. Wings (ed.):
Psychiatric Epidemiology 224.
Oxford University Press: London (1970)

HOLLINGSHEAD, A., REDLICH, F.: Social class and mental illness.
Chapman and Hall. London (1958)

KALLMANN, F.J.: Genetic principles in manic-depressive psychosis.
Depression proc. 24th ann.
Meet. Amer. psychopath. Ass. (1952)

KATSCHNIG, H., STROTZKA, H.: Epidemiologie der Neurosen und psychosomatischen Störungen.
Handbuch der Sozialmedizin Bd. II, 272 - 310, Stuttgart (1977)
M.Blohmke u.a. B II Stuttgart Enke

KAY, D.W.K.: Observations on the natural history and genetics of old age psychoses.
Proc. Roy. Soc. Med. 52, 791 (1959)

KAY, D.W.K.: Outcome and cause of death in mental disorders of old age: a long-term follow-up of funcional and organic psychoses.
Acta psychiat. scand. 38, 249 (1962)

KAY, D.W.K., BEAMISH, P., ROTH, M.: Old age mental disorders in Newcastle upon Tyne.
Part II: A study of prevalence.
Brit. J. Psychiat. 110, 668 - 682 (1964)

KIELHOLZ, P.: Diagnose und Therapie der Depressionen für den Praktiker.
München: Lehmanns (1966)

KINKELIN, M.: Verlauf und Prognose des manisch-depressiven Irreseins.
Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat. 73, 100 (1954)

KLEINING, G., MOORE, H.: Soziale Selbsteinstufung. Ein Instrument zur Messung sozialer Schichten.
Kölner Zeitschrift für Sozilogie und Sozialpsychologie, 20, 502 - 552 (1968)

KORNHUBER, H.: Über Auslsung cyclothymer Depressionen durch seelische Erschütterungen,
Arch. Psychiat. Neurol. 193, 391 - 405 (1955)

KRAEPELIN, E.: Psychiatrie.
8. Auflage
Leipzig: Bath (1913)

LANGE, J.: Die endogenen und reaktiven Gemütserkrankungen und die manisch-depressive Konstitution. In: Handbuch der Geisteskrankheiten Bd. VI/2, hrsg. v. Bumke, O. Berlin: Springer (1928)

LANGNER, T.S., MICHAEL, S.T.: Life stress and mental health. The Midtown Manhatten Study. Collier - Mac Millan, London (1963)

LEHMANN, H.E.: Epidemiology of depressive disorders in: Fieve, L.R.(Ed.): Depression in the 70's Excerpta p. Amsterdam, 21 - 30 (1971)

LEONHARD, K.: Aufteilung der endogenen Psychosen. Berlin: Akademie-Verlag (1957)

LEWIS, A.J.: Families with manic-depressive psychosis. Eugen. Quart. 6, 130 (1959)

LUNDQUIST, G.: Prognosis and course in manic-depressive psychoses. A follow-up study of 319 first admissions. Acta psychiat. scand. Suppl. 35, (1945)

MATUSSEK, P., HALBACH, A., TROEGER, U.: Endogene Depression. Eine statistische Untersuchung unbehandelter Fälle. München: Urban u. Schwarzenberg (1965)

MITSUDA, H.: Clinical genetics in psychiatry. Problems in nosological classification. Osaka-Taktsuki, Japan (1967)

OLTMAN, J.A., FRIEDMANS, S.: Analysis of temporal factors in manicdepressive psychosis with particular reference to the effect shock therapie. Amer. J. Psychiat. 107/1, (1950)

PEDERSON, A.M.: Epidemiological considerations of Psychotic Depression.
Arch. Gen. Psychiat. 27, 193 - 197 (1972)

PFLANZ, M.: Soziokulturelle Faktoren und psychische Störungen.
Forschritte der Neurologie/Psychiatrie 28, 471 - 508 (1960)

POORT, R.: Catamnestic investigations on manic-depressive psychosis with special references to the prognosis.
Acta psychiat. neurol. 20, (1945)

RENNIE, Th.: Prognosis in manic-depressive psychosis.
Amer. J. Psychiat. 11, (1931)

ROSE, A.M., STUB, H.R.: Summary of studies on the incidence of mental disorders. In: Rose, A.M. (Ed.)
Mental Health and mental disorder. p. 87 - 116, London (1956)

SAKAI, T.: A clinical-genetical study of neuroses. With special reference between neuroses and psychoses.
Jap. J. human. Genet. 5, 165 (1960)

SCHULTE, TÖLLE, Psychiatrie.
5. Aufl. Berlin, Springer (1979)

SCHULZ, B.: Auszählungen in der Verwandtschaft von Erkrankungsalter und Geschlecht gruppierten Manisch-Depressiven.
Arch. Psychiat. Nervenkr. 186, 560 (1951)

SCHWAB, J.J., BIALOW, M., HOLZER, C.E., BROWN, J.M., STEVENSON, B.E.: Sociocultural aspects of depression in medical inpatients. Arch. gen. Psychiat. 17, 333 (1967)

SHEPERD, M.: A study of the Major Psychoses in an English County. Maudsley Monogr. No 3. Oxford University Press. London (1957)

SHIELDS, J.: Monozygotic twins brought up apart and brought up together. London-New York-Toronto: Oxford University Press (1962)

SLATER, E.: The inheritance of manic-depressive insanity. Proc. roy. Soc. Med. 29, 39 (1936)

SLATER, E.: Psychotic and neurotic illness in twins. Spec. Rep. Ser. med. Res. Coun. 278 Her Maj. Stationary Office, London (1953)

STENSTEDT, A.: A study of manic depressive psychoses. Acta Psychiat. Scand, Suppl. 79, 1 (1952)

STENSTEDT, A.: The aetiology of involutional melancholia. Acta Psychiat. Scand. Suppl. 162, 39 (1961)

STERN, L.: Kulturkereis und Form der geistigen Erkrankung. Samml. zwangl. Abhandl. a.d. Geb. d. Nerven- und Geisteskrankheiten. Bd. 10, H. 2, Halle (1913)

STRÖMGREN, E.: Beiträge zur psychiatrischen Erblehre. Acta Psychiat. Scand. Suppl. 19 (1938)

TIETZE, C., LEMKAU, P., COOPER, M.: Schizophrenia, manic-depressive psychosis and social-economic status. Amer. J. Sociol. 47, 167 (1941)

WEISSMANN, M., KLERMANN, G.: Sex differences and the epidemiology of depression. Arch. Gen. Psychiat. 34/1, 98 - 111 (1977)

WELZ, R., KLUG, J., HÄFNER, H.: Soziale Schicht und Berufsprestige als Skalierungs- und Prädikatoren-problem in der psychiatrischen Epidemiologie. Referat auf dem 3. Düsseldorfer Symp. über Psychiatr. Soziologie 4 (1978)

WINOKUR, G., PITTS, F.N. jr.: Affective disorder I: Is reactive depression an entity? J. nerv. ment. Dis. 138, 54 (1964)

WINOKUR, G., PITTS, F.N.jr.: Affective disorder V. The diagnostic validity of depressive reaction. Psychiat. Quart. 39, 727 (1965)

WINOKUR, G., PITTS, F.N.jr.: Affective disorder VI. A familiy history study of prevalences, sex differences and possible genetic factors. J. Psychiat. Res. 3, 113 (1965)

WINOKUR, G., RUANGTRAKOOL, S.: Genetic versus nongenetic affective disorder. Amer. J. Psychiat. 123, 703 (1966)

WINOKUR, G., CLAYTON, P.: Family history studies I. In: J. Wortis (Ed.): Recent advances in biological psychiatry. New York: Plenum (1967)

WINOKUR, G., CLAYTON, P.: Family history studies II. Brit. J. Psychiat. 113, 973 (1967)

WOODRUFT, F.N.jr., PITTS, F.N.jr., WINOKUR, G.: Affective disorder II. A comparison of patients with endogenous depression with and without family history of affective disorder.
J. ner. ment. Dis. 139, 49 (1964)

WYRSCH, J.: Die Bedeutung der exogenen Faktoren für die Entstehung und den Verlauf des manisch-depressiven Irreseins und der genuinen Epilesie.
Schweiz. Arch. Neur. 43, 187 (1939)

ZERBJN-RÜDIN, E.: Zur Genetik der depressiven Erkrankungen. Referat Symp. "Das depressive Syndrom".
Psychiatrisch-neurolog. Klinik der Freien Universität Berlin, 2(1968)

DANKSAGUNG

Für die Überlassung des Themas danke ich Herrn Professor Dr.H. Heimann, Ärztlicher Direktor der Universitäts-Nervenklinik Tübingen, Abteilung Allgemeine Psychiatrie mit Poliklinik für die Betreuung der Arbeit Herrn Dr. J. Gestrich und Herrn Dr. H.-W. Schied, Oberarzt der Universitäts-Nervenklinik Tübingen, herzlichen Dank.

Herrn Professor Dr.K. Dietz, Direktor des Instituts für Medizinische Biometrie der Universität Tübingen, danken wir für die statistische Beratung, Herrn Dr.rer.nat. R. Mader von der Abteilung für Medizinische Dokumentation und Datenverarbeitung der Universität für seine Hilfe bei der Datenverarbeitung.

LEBENSLAUF

Am 17. Juni 1950 wurde ich, Wolfgang Blank, in Nürtingen als 2. Kinde des kaufmännischen Angestellten Walter Blank und seiner Frau, geb. Böckle geboren.

Von 1957 bis 1961 besuchte ich die Volksschule in Nürtingen, danach die Mittelschule und wechselte 1963 aufs Gymnasium Würtingen über, wo ich 1969 das Abitur ablegte.

Im Wintersemester 1969/70 begann ich in Tübingen Physik und Mathematik zu studieren, wechselte im Sommersemster 1970 in das Fach Medizin, an die Goethe Universität Frankfurt.
Von 1970 bis 1972 absolvierte ich den Zivildienst im Katharinenhospital Stuttgart. Im Sommersemester 1972 nahm ich das Medizinstudium an der Eberhard-Karls-Universität in Tübingen wieder auf.

Dort bestand ich im März 1975 die ärztliche Vorprüfung, am 18.12.1978 den 3. Teil der ärztlichen Prüfung.
Die medizinale Assistentenzeit leistete ich 1979/80 im Kreiskrankenhaus Reutlingen ab.

Als Wahlfach hatte ich Psychiatrie, das ich in der Universitäts-Nervenklinik Tübingen, bei Professor Heimann verbrachte.

Seit April 1980 arbeite ich als Assistentsarzt auf der chirurgischen Abteilung des Kreiskrankenhauses Reutlingen.